

## 断らない救急を支える退院支援体制の構築と今後の課題

横浜市立みなと赤十字病院 医療連携センター

〇持松 泰彦、乾 尚美、渡辺 貴子、亀山 友美、瀧川 晴菜、大湯 宝子

【はじめに】都市部における断らない救急は、必然的に社会的弱者の受入増加に繋がる。このため、院内の後方支援体制構築を行ってきた。過去10年間に

行ってきた対策と有効性、現状の問題点について報告する。  
【背景】みなと赤十字病院は10年前に横浜市の病院を日本赤十字社が指定管理で運営する体制で開院した。24時間断らない救急を行うという提案を遂行し救命救急センター指定を得た。想定を遙かに超える年間12,000台前後の救急車を受入れ、断り率は1%以下である。一方で「断らない」救急とは他院が断る患者さんのセーフティネットになる事であり、治療困難な重症例より社会的背景から退院困難が予測される事例が多く断られている現実がある。退院支援の強化は必須であった。

【対策と効果】MSW2名と退院支援看護師1名で始めた相談室部門は、訪問看護を廃止吸収、地域連携部門と統合し医療連携センターとした。現在相談支援部門はソーシャルワーカー9名（PSW3名）と退院支援看護師5名、事務1名に副院長と看護副部長が兼任の17名体制である。支援必要患者は相談室依頼を電子カルテ経由で出すシステムとし、早期チェックの啓蒙は進んだが、一方で在宅経験のある看護師4名で支援体制を組んだ時期には相談室「丸投げ」が目立った。救急搬送りピーターも問題となった。病棟スタッフの成熟もあり、WGを作って退院支援のフローチャートを作り、入院時から始まる多職種での退院支援を始めている。リンクナース的な病棟看護師と相談室スタッフ間では個別調整にまだ温度差があり、ある程度の振れ幅を許容するフロー運営が課題である。

【結語】単なる「退院支援」ではなく、地域での生活にいかに戻るか、という視点が理解され始め「地域で完結する医療と介護」の構築に役立っている。

## 0-7-28

### 総合病院精神科病棟からの退院支援における、地域支援者との相互理解について

横浜市立みなと赤十字病院 医療社会事業課

〇瀧川 晴菜、木下 聖子、大湯 宝子、渡邊 貴子、持松 泰彦

【目的】当院は、救急の患者・政策医療である精神科身体合併症患者の受け入れを行っており、様々な精神症状・社会背景を抱えた患者が精神科病棟へ入院している。退院に向けて患者1人1人の意思を尊重したケースワークが求められるが、急性期病棟の役割として早期の退院が求められる側面もある。地域支援者とともに同じ方向性でケースワークをしていくことの難しさを感じた事例を報告し、より地域定着をはかれる退院支援について考察する。

【現状報告】当院では、救急患者で遠方の患者でも受入れることもある。退院支援において他地域の社会資源や地域の持つ力を知ることとはとても困難であり、PSW 同士のネットワークの構築が不十分であると感じた。また、急性期病棟であることから、患者と PSW、地域支援者の関係性構築に物理的時間を割くことが非常に困難である。気持ちの揺れが多く、理解に時間のかかることのある精神疾患患者の退院支援において、限られた時間の中で患者についてのアセスメントを深める力がより求められている。

【課題・今後の展望】入院生活は当事者にとって一時的なものであり、退院後の地域での実生活を支えるのは主に地域支援者となる。PSW として適宜外部との交流を図り、地域の実情や現実を PSW が知り、理解した上で地域支援者と協働した退院支援が必要と考える。また、退院後の患者の経過をフィードバックするような地域との連携を積み重ねる事によって、患者理解が深まり、より地域定着しやすい退院支援につながると考える。

## 0-7-30

### 退院支援による病棟看護師の在宅の視点の変化と今後の課題

唐津赤十字病院 看護部

〇市丸 留美、牧原 りつ子、成瀬 弘美

【目的】平成24年に退院支援委員会を立ち上げ退院支援を強化しており、これまでの取り組みによる病棟看護師の在宅の視点の変化と今後の課題を明らかにする。

【方法】山岸暁美の「在宅の視点のある病棟看護尺度」を一部変更し、病棟看護師186名にアンケート調査を行った。質問項目の選択肢を、まったくしていない1点、あまりしていない2点、時々している3点、たいていしている4点、常にしている5点の5段階評価で点数化し、平成25年と平成27年で比較し分析した。

【結果】在宅の視点5因子のうち、地域の医療者との連携、退院後の療養環境に合わせた患者・家族指導の実施、退院後の生活に関するアセスメントの3因子は上昇した。しかし、患者・家族の今後の療養に関する意向の確認、ケアの継続性の強化の2因子は、変化がなかった。

【考察】取り組みとしてスクリーニングの力率アップに努め、85%以上を維持している。また、退院支援カンファレンスを各病棟定期的に開催し、MSW が参加することで看護師からの相談依頼が増え連携が強化された。カンファレンスでの情報や MSW の支援内容は、退院支援計画書を作成してきたことで、看護師の視点が広がり、入院前後の生活状況をアセスメントし、支援ができるようになった。これらのことが、得点のアップにつながったと考える。変化がなかった患者・家族の今後の療養に関する意向の確認は、平成25年から他の因子よりも得点が高く、実践が継続できている。しかし、ケアの継続性の強化は得点も低く、地域との連携が不足していると考える。今後は、地域医療者との合同カンファレンスを開催するなど、ケアの継続につながる地域連携を強化していく必要がある。

## 退院支援強化の取り組みとその効果

大阪赤十字病院 入退院支援課

〇谷口 和子、石川 知子、大島 富枝

【はじめに】当院では、入退院支援課（退院調整看護師3名、MSW5名）と病棟が協働し退院支援を行っている。しかし、退院支援の実績に対し退院調整加算の算定率は40%～50%と退院支援の評価に結び付いていない現状があった。今回、退院支援の強化に取り組み、退院支援実績の評価の指標とする退院調整加算の増加に繋がったのでここに報告する。

【方法・内容】平成26年5月より、以下の3点の取り組みを実施した。1. 入退院支援課の退院支援担当を個別担当制から病棟別担当制に変更し、退院調整看護師と MSW がペアとなり積極的に病棟に出向き退院支援の方法・方向性を検討した。2. 退院支援の必要性の判断基準の明確化と退院支援計画着手の徹底を重点項目として挙げ、病棟看護師へ周知した。3. 病棟看護師と入退院支援課担当者で共同で退院支援計画を立案し、具体的支援内容を患者・家族へ説明した。

【結果】平成25年度の退院支援数は月平均130件、退院調整加算数は月平均56.7件、算定率44%であったが、平成26年5月からの取り組み開始後は徐々に増加し、定着した平成26年9月から平成27年3月までの退院支援数は月平均224.5件、退院調整加算数は月平均178.2件、算定率71.8%であった。退院調整加算14日以内の件数は、5.9件から66.8件に増加した。

【評価】入退院支援課担当者が積極的に病棟に出向き、退院支援の方法・方向性を検討することで病棟看護師の退院支援に対する意識の向上に繋がり、退院調整加算の増加に繋がったと考える。また、退院支援の必要性の判断基準を明確にし、退院支援計画の内容及び方向性を患者・家族と共有できたことが早期退院に繋がったと考える。

【終わりに】今回の取り組みにおいて退院支援数、退院調整加算数共に増加し維持できている。今後も引き続き退院支援の充実に向けて取り組んでいきたい。

## 0-7-29

### 転院後に病棟師長間で行う情報交換の実践報告

福井赤十字病院 地域医療連携課

〇堀口 朋美

A 病院は、病床数600床の急性期医療を提供する地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院である。平成26年度の平均在院日数は13.5日、一般病床の病床稼働率は89.3%、紹介率59.9%、逆紹介率88.9%、看護配置基準は7:1である。退院調整は、看護師長と MSW が配属されている地域医療連携課業務である。平成26年度の退院調整数は、3114件、転院は713件であった。連携のコンセプトは「こころの通う連携」であり、その取り組みとして、平成23年から転院後に転院先病棟師長へ電話で連絡し情報交換を行っている。取り組みの開始時は、地域医療連携課看護師長が、転院先看護師長と情報交換していた。その中で、転院先からの質問は、入院中の具体的な患者の状態の確認やケア方法であったが、転院の多い病棟から病棟師長に移行し、平成25年度から転院先との情報交換を病棟看護師長の業務とした。電話は、転院後5日以内に「何かお困りのことはありませんでしたか」という問い合わせとした。転院先病棟師長の返答は「問題なし」が約95%を占める。その中で、情報を求める内容は「持参薬」「書類の不備」「処置・ケア関連」「栄養関連」「入院診療科以外の情報」「DM 関連」「その他（転院後の療養先など）」の7つに分類された。総数は、平成25年度51件、平成26年度41件であった。平成25年度は持参薬が14件と最も多かったが、転院先の意見を元に「転院時の薬確認表」を作成し対処を行った結果、平成26年度は4件に減少した。平成26年度は、処置・ケアに対する内容が増加（平成25年度7件→平成26年度18件）しており、連携医療機関より「A 病院は、連絡があるからその時に情報交換しよう、と思って電話を待っています」という声もきかれるようにケアの継続に繋がっている。以上のように、転院後に病棟師長間で行う情報交換は、病棟が行う退院支援の改善に繋がり、継続看護の質の向上になる。

## 0-7-31

### ADL 全介助となった腹膜透析患者が自宅退院できた一例

松江赤十字病院 9階西病棟<sup>1)</sup>、同 透析センター<sup>2)</sup>、同 医療社会事業部<sup>3)</sup>

〇田中 明子<sup>1)</sup>、宇山 桂子<sup>1)</sup>、石倉 優子<sup>2)</sup>、柿本 可奈恵<sup>3)</sup>

【はじめに】当院の平成26年度透析導入患者は34名、そのうち腹膜透析（以下 PD）導入患者1名、全 PD 通院患者12名である。PD 患者は受け入れ可能な施設や病院が近隣になく、全員が自宅療養をしている現状である。今回、ADL 全介助となった PD 患者の退院先の検討・退院支援（以下療養支援）を行い、自宅退院できた症例をふりかえり今後の看護に役立てる。

【症例・経過】60歳代女性。慢性腎不全にて2013年腹膜透析開始。2014年外傷性急性硬膜下血腫と診断され、手術・気切・人工呼吸器管理・血液透析（以下 HD）・リハビリを施行。人工呼吸器離脱後も感染症・低栄養・血圧低下が続き HD 継続困難となり PD 再開。入院6ヶ月後気切チューブ抜去し退院先の検討を開始。脳梗塞後70歳代の夫（ADL 自立）と2人暮らし。患者は自宅退院を希望。毎週療養カンファレンスを実施、不安の強い夫と繰り返し面談・在宅スタッフと連携をはかり自宅退院を目指した。夫や在宅スタッフへの PD や介護指導・合同カンファレンス・外出・試験外泊・住診医の確保・住宅環境調整し、退院後の夫の介護負担を考慮し施設へも PD 患者の受け入れの働きかけを行い入院8ヶ月後自宅退院となった。

【考察】PD 患者が要介護状態となった場合、家族の負担が大きく受け入れも困難であり退院までに時間を要する。また PD という医療処置に関わりのない在宅スタッフの知識不足からくる不安も大きく、受け入れに対して消極的である。今回、院内の他職種だけでなく多数の在宅スタッフを巻き込んだ関わりや勉強会の開催などを実施したことで、退院後の生活を具体化でき、外来通院に繋げることができた。しかし、PD 患者を受け入れられる施設や福祉サービスにも限界がある。地域全体の問題として考えるよう働きかける必要がある。